

Einverständniserklärung zu einem wirbelsäulennahen Eingriff

Patientenname: _____

Geb.-Datum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

auf Grund von Rückenschmerzen, die von einer Nervenwurzelreizung oder einer Reizung der kleinen Wirbelgelenke herrühren, soll bei Ihnen eine wirbelsäulennahe Schmerzbehandlung durchgeführt werden. Bei diesem Eingriff werden eine oder mehrere Injektionsnadeln unter computertomographischer Kontrolle an die gereizten Wirbelgelenke/Nervenwurzeln platziert. Dabei fällt eine geringe Strahlenbelastung an. Bei korrekter Lage der Nadeln wird dann eine Mischung aus örtlichem Betäubungsmittel und Cortison gespritzt. Der Eingriff wird mehrmals im Abstand von Wochen wiederholt. Eine Prognose über den Behandlungserfolg kann vor dem ersten Eingriff nicht abgegeben werden.

Jede Injektion birgt auch bei Beachtung aller Hygienestandards das sehr seltene Risiko einer Infektion. Eine Infektion macht sich durch bisher nicht gekannte Schmerzen bemerkbar und muss sofort antibiotisch behandelt werden um die Entstehung eines Spritzenabszesses zu verhindern. Ein Spritzenabszess muss chirurgisch eröffnet werden (Krankenhausaufenthalt, Folgerisiken). Gelangt Eiter in den Spinalkanal drohen sehr schwere Komplikationen einschließlich Querschnittslähmung.

Gelegentlich treten in den ersten Minuten nach dem Eingriff Kreislaufstörungen mit Schwindel und Schwächegefühl auf, welche weitergehende ärztliche Maßnahmen erforderlich machen. Deshalb müssen Sie sich im Anschluss an die Behandlung noch eine halbe Stunde in unserer Praxis aufhalten. Aus diesem Grund ist auch das Führen von Maschinen bzw. von Fahrzeugen am gleichen Tag bedenklich. Verletzungen der Rückenmarkshaut und versehentliche Injektion der Medikamente in den Spinalkanal sind Raritäten.

Bitte beantworten Sie noch folgende Fragen:

Sind Sie Diabetiker? ja nein

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein? ja nein

Besteht ein grüner Star oder eine Netzhautablösung? ja nein

Ich hatte Gelegenheit den behandelnden Arzt zu weiteren Aspekten zu befragen, habe die Risiken des Eingriffs mit dem Nutzen abgewogen und stimme dem Eingriff zu.

Mir wurde eine Kopie des Aufklärungsbogens ausgehändigt

Ich möchte keine Kopie des Aufklärungsbogens ausgehändigt bekommen

Datum

Dr. med. N. Breiter

Patient